

VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

Lugar y Fecha: San Miguel, 19 de Marzo de 2018. No de Orden: 121/2018 ✓
 Solicitante: CENTRO QUIRÚRGICO Solicitud No: 02/2018 ✓
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DROGUERÍA CASAMED, S.A. DE C.V. NIT Y / O NRC: [REDACTED]
 Clasificación: PEQUEÑA EMPRESA Correo electrónico: casamed21@gmail.com
 Dirección: Col. San Francisco, Calle Los Bambues N.º 12-R, San Salvador. Tel. 2223 - 2135

COMPRA DE INSUMOS MEDICOS AGOTADOS EN CENTRO QUIRÚRGICO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
06	2,400	C/U	11108147	SUTURA SINTÉTICA ABSORBIBLE 2/0 MONOFILAMENTO, CON AGUJA REDONDA ½ CIRCULO (35-37)MM, LONGITUD (45-75)CM. EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL. VENCIMIENTO MINIMO: 01/2019. MARCA: MEDICO/BIOLINE. ORIGEN: CHINA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 60 DÍAS CALENDARIO.	\$ 0.95	\$ 2,280.00

TOTAL US: \$ 2,280.00

(TOTAL EN LETRAS): Dos mil doscientos ochenta 00000 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

OBSERVACION Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: 1 - 7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR DE OC. ✓ FORMA DE PAGO: CRÉDITO 30 DÍAS ✓

E. *[Signature]*
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
Dr. José Ismar Cruz Gonzalez ✓
Jefe Centro Quirúrgico.
PBX: 2665-6100, Ext. 1266,

Elaboró:
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____

[Handwritten mark]